	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

DIEGO FERNANDO RAMIREZ OSPINA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	80,926,741				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4326 2023		**FECHA INICIO CONTRATO**	27/03/2023	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,443,152	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 58,174,525		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2,614,088
N° DE INFORME:	18	**N° CRP:**	11354	**N° CDP:**	626
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	20	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	20	**PRORROGAS**	18	
VALOR ADICIONADO	$ 3,140,199	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1161	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18663	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,236,009	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1520	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22651	**TIEMPO PRORROGADO:**	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,747,461	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1715	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25154	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,483,902	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2106	**CRP DE LA ADICIÓN:**	31170	**TIEMPO PRORROGADO:**	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,295	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38178	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3417	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41216	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,004,773	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3850	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45288	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,535,832	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4129	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50907	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,764,682	**CDP DE LA ADICIÓN:**	211	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10680	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,187,878	**CDP DE LA ADICIÓN:**	399	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15441	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	489	**CRP DE LA ADICIÓN:**	18181	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,921,132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	892	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20143	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1322	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26894	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,128,161	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1712	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30858	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,462,368	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2248	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34937	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,922,132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38674	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42014	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,969,263	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44205	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,528,846	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**CRP DE LA ADICIÓN:**	48205	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49264	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A

ÍTEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades dei Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred, 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza 19 asesorlas de promoción del cuidado de la salud en UTI de mediano Impacto y 1 fortalecimiento de acciones colectivas en la localidad de santa fe 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterización para seguimiento de UTIS y Ficha tecnioa
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se actualiza el Cronograma mensual 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entregar el cronegrama magnético al Drive: https://docs.google.com/spreadsheetsId/1c EjnF244.69ZyE8mt5XDsolq3A5kdB Eofedit?usp=shaing&ouid=110670999296 246416045Sirtpofrtrue&sd-strue
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servidos en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lincamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de soportes con calidad y oportunidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterización de niños,ninas y adolecentes y UTIS.
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud, 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Promoción del auto cuidado y gestión del riesgo en salud en 111-1 mediano , bajo palto impacto con trabajadores de la economía Informal 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ormato de UTIS de mediano impacto con asesorias de promocion del cuidado deis salud gestion del riesgo con trabajadores de la economia informal
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lincamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Lectuta y apropiacion de los lineaminetos,revision de de caja de herramientas fichas técnicas y formatos para su correcta ejecución " 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): cumplir los lincarnientos segun los estupulado por la SDS.
6	1. OBLIGACIÓN: Identificar y caracterizar la población trabajadora informal conforme a los anexos y lincamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre la subred con el Fondo Financiero-SDS. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Caracterizar las condiciones de salud y trabajo para la c-oncertación del plan de trabajo en UTI de mediano, bajo y alto impacto y NNA con trabajadores de la economia informa 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de caracterizacion de las condiciones de salud y trabajo para la concertacion de los planes en UTIS con trabajadores deis economia Informal y caracterizacion de NNA
7	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Activacion de ruta, canalizacion sectorial e intersectorial , agendamientos , reporte oportuno de ATEL. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): se envio formato de excel de canatizacion por medio magnético al correo: retroalimentacion y nobficacion a base slvistra

8	1. OBLIGACIÓN: rganizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza la gestion documental mensual en el desarrollo de los proceso ejecutados y auditados anteriormente en el entorno cuidador laboral 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta y listado de asistencia
9	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplimiento a actividades indicadas por el supervisor del contrato 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de acta estipulado por la entidad donde se participa.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82092519	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	10/12/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/12/2024	$ 208,000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	10/12/2024	$ 31,700
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		**$ 402,200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

DIEGO RAMIREZ

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIEGO FERNANDO RAMIREZ OSPINA
CC: 80,926,741
CEL 3058114990

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO FERNANDO RAMIREZ OSPINA	**CC:**	80,926,741
		RUT (NIT):	80926741-5
CORREO ELECTRÓNICO:	dframirezos@gmail.com	**TELÉFONO:**	3058114990
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 70 C 68 33 TO 3 AP 102	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.	
NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	40282861633

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4326 2023	**N° CDP:**	4011	**N°. RP:**	49264	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 1 AÑO 9 MESES 4 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/03/2023	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 58,174,525
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2,614,088					
	DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHO PESOS					

DIEGO RAMIREZ

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIEGO FERNANDO RAMIREZ OSPINA
CC: 80,926,741
CEL: 3058114990

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION

CODIGO: AP IA FT 078
VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIEGO FERNANDO RAMIREZ OSPINA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	80,926,741

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO EN SALUD OCUPACIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4326 2023			FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2023
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2,443,152				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 58,174,525			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2,614,088
N° PAGO / N° DE INFORME:	18 de 18	N° CRP INICIAL:	11354	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	626
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	1 AÑO 9 MESES 4 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82092519		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - LABORAL				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	20	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (20)	PRÓRROGA (18)
VALOR ADICIONADO	$ 3,140,199	CDP DE LA ADICIÓN:	1161	RP DE LA ADICIÓN:	18663	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,236,009	CDP DE LA ADICIÓN:	1520	RP DE LA ADICIÓN:	22651	TIEMPO PRORROGADO:	15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1,747,461	CDP DE LA ADICIÓN:	1715	RP DE LA ADICIÓN:	25154	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 5,483,902	CDP DE LA ADICIÓN:	2106	RP DE LA ADICIÓN:	31170	TIEMPO PRORROGADO:	23 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,628,295	CDP DE LA ADICIÓN:	2800	RP DE LA ADICIÓN:	38178	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	3417	RP DE LA ADICIÓN:	41216	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,004,773	CDP DE LA ADICIÓN:	3850	RP DE LA ADICIÓN:	45288	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,535,832	CDP DE LA ADICIÓN:	4129	RP DE LA ADICIÓN:	50907	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES Y 13 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,764,682	CDP DE LA ADICIÓN:	211	RP DE LA ADICIÓN:	10680	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2,187,878	CDP DE LA ADICIÓN:	399	RP DE LA ADICIÓN:	15441	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	489	RP DE LA ADICIÓN:	18181	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,921,132	CDP DE LA ADICIÓN:	892	RP DE LA ADICIÓN:	20143	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	CDP DE LA ADICIÓN:	1322	RP DE LA ADICIÓN:	26894	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA
VALOR ADICIONADO	$ 3,128,161	CDP DE LA ADICIÓN:	1712	RP DE LA ADICIÓN:	30858	TIEMPO PRORROGADO:	30 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,462,368	CDP DE LA ADICIÓN:	2248	RP DE LA ADICIÓN:	34937	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 1 DIA

VALOR ADICIONADO	$ 3,922,132	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2562	**RP DE LA ADICIÓN:**	38674	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 15 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3170	**RP DE LA ADICIÓN:**	42014	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,969,263	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3525	**RP DE LA ADICIÓN:**	44205	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2,528,846	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3954	**RP DE LA ADICIÓN:**	48205	**TIEMPO PRORROGADO:**	16 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,614,088	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4011	**RP DE LA ADICIÓN:**	49264	**TIEMPO PRORROGADO:**	30 DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 3/12/2024 al 31/12/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
CARGO:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
JEAN PAUL ALARCON BARRAGAN
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80926741	DIEGO FERNANDO RAMIREZ OSPINA	CL 68 SUR 70D 78	7469470	dframirezos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	10/12/2024	82092519	$402,200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162,500	0		0		0	0	0	0	162,500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208,000	0	0	0	0	0	0		208,000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31,700				31,700	0	0	31,700			317	31,700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162,500	162,500
Pensión	1	208,000	208,000
Riesgos Laborales	1	31,700	31,700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402,200	402,200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80926741	DIEGO FERNANDO RAMIREZ OSPINA	CL 68 SUR 70D 78	7469470	dframirezos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

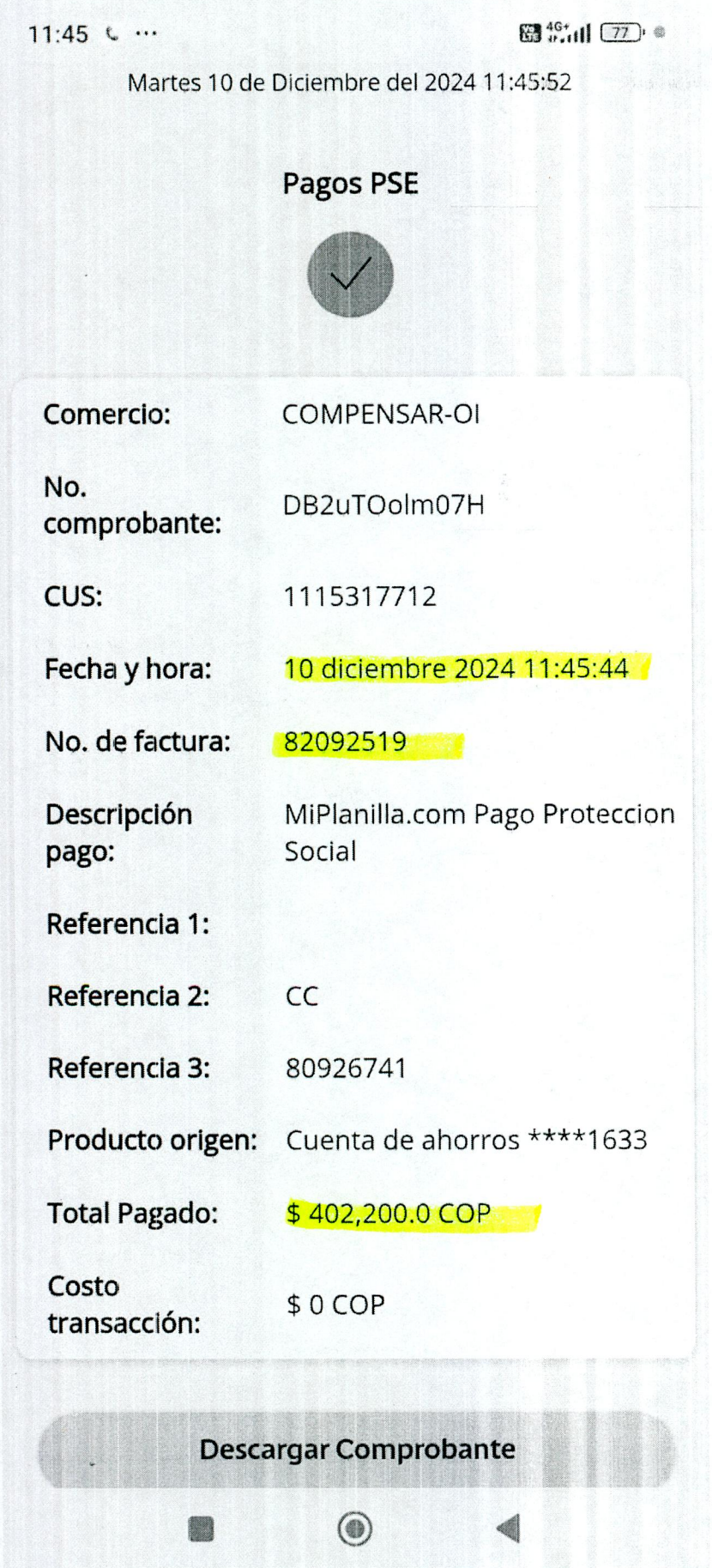
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	10/12/2024	82092519	$402,200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPENSACION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80926741	RAMIREZ OSPINA DIEGO FERNANDO	59	0			N																	25-14	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS002	1,300,000	162,500	14-7	1,300,000	3	31,700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información


11:45
Martes 10 de Diciembre del 2024 11:45:52
Pagos PSE
Comercio: COMPENSAR-OI
No. comprobante: DB2uTOolm07H
CUS: 1115317712
Fecha y hora: 10 diciembre 2024 11:45:44
No. de factura: 82092519
Descripción pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Referencia 1:
Referencia 2: CC
Referencia 3: 80926741
Producto origen: Cuenta de ahorros ****1633
Total Pagado: $ 402,200.0 COP
Costo transacción: $ 0 COP
Descargar Comprobante